

免費醫療 (Free Care) 申請表

如果你需要幫助來填寫本申請表，請聯絡：

本申請表將被用來決定你是否有資格接受「免費醫療」或透過其他計劃得到醫療保險；如果你是替別人申請，請採用申請人資料回答所有問題；如果某項目或某問題對你或任何家人不適用，請填寫“不適用”(N/A)；如果你需要更多書寫空間，請加附頁。

申請人資料

姓 名

社會保障卡 (SSN) 或交稅 (TIN) 號碼 (如果有的話)

住址：門牌號碼及街名

電話號碼

市鎮 **州** **郵區號碼**

郵遞地址 (如果

出生日期 你是否無家可歸？

是□ 否□

性別 你是否已懷孕？

男□ 女□ 是□ 否□

如果你是替別人申請，請填妥下面聯絡人資料

姓 名

與申請人關係：

住址：門牌號碼及街名

電話號碼

市鎮 **州** **郵區號碼**

郵遞地址 (如果)

家庭資料

請列出與你同住的家人，包括你的**配偶**、及屬於你們任何一位、未滿十八周歲、且未獨立而與你們同住的**兒女**。如果你是替未滿十八周歲的兒女申請，請計入該兒女、與該兒女同住的、該兒女的任何未滿十八周歲兄弟姊妹、及與該兒童同住的父母。

家人姓名	社會保障卡或交稅 號碼 (如有)	關係	出生日期	性別	懷孕
				男 <input type="checkbox"/>	是 <input type="checkbox"/>
				女 <input type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>

工作收入

請將每一位家人的工作收入（扣稅及扣其他項目前）列在下面：

正在工作家人姓名	收入金額	收入頻率 (請圈選一項)	醫療機構填寫 <i>Total Income</i>
僱主名稱及地址			
該僱主的員工人數：不到50 <input type="checkbox"/> 51-200 <input type="checkbox"/> 超過200 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/>			
正在工作家人姓名	收入金額	收入頻率 (請圈選一項)	醫療機構填寫 <i>Total Income</i>
僱主名稱及地址			

其他收入

請將每一位家人的其他收入（扣稅及扣其他項目前）列在下面，其他收入指不是從僱主得來的金錢：

收入種類	獲得收入的 家人姓名	收入金額	收入頻率 (請圈選一項)	醫療機構填 寫 <i>Total Income</i>
社會保障金(Social Security)			每週，每月，每年	
鐵路退休金(Railroad Retirement)			每週，每月，每年	
退伍軍人福利(Veteran's Benefits)			每週，每月，每年	
退休基金(Retirement Funds)			每週，每月，每年	
年金(Annuities)			每週，每月，每年	
養老金(Pensions)			每週，每月，每年	
兒童照顧金(Child Support)			每週，每月，每年	
離婚撫養費(Alimony)			每週，每月，每年	
失業金(Unemployment)			每週，每月，每年	
工人補償金(Worker' Compensation.)			每週，每月，每年	
租金收入(Rent Income)			每週，每月，每年	
信託收入(Trust Income)			每週，每月，每年	
過渡援助金(Transitional Assistance)			每週，每月，每年	
EAEDC			每週，每月，每年	
紅利收入(Dividend Income)			每週，每月，每年	
銀行帳戶收入(Bank Account Income)			每週，每月，每年	
其它（請註明）(Others) :			每週，每月，每年	

如果你第1頁所列的任何人**需要**付兒童照顧金或離婚撫養費，或在老人院的家人的個人需要津貼，請將它們列在下面：

支出種類	獲得收入的 家人姓名	支出金額	支出頻率 (請圈選一項)	醫療機構填 寫 <i>Total Income</i>
離婚撫養費(Alimony)			每週，每月，每年	
兒童照顧金(Child Support)			每週，每月，每年	
個人需要津貼(Personal Needs Allowance)			每月	

其他保險

如果你已經有醫療保險，你仍然可能有資格獲得「免費醫療」來支付合付費 (*copayments*) 或扣除額 (*deductibles*) 。

1. 你是否已經有其他醫療保險，包括外國的醫療保險和醫療照顧(Medicare) ? 是 否

如果有，請提供下列資料：

保單持有人	保險公司	保單號碼
保單持有人	保險公司	保單號碼
2. 你是否因為工作引起的意外或受傷而申請「免費醫療」？		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
3. 你是否因為交通意外而申請「免費醫療」？		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
4. 關於目前的疾病或受傷，你是否正在進行法律訴訟或其他保險索償？		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
5. 你是否一位大學生？ 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 如果是： 全時間唸？ <input type="checkbox"/> 部份時間唸？ <input type="checkbox"/>		
6. 你正在申請以下任何援助計劃嗎？(圈選所有適用項)		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 兒童醫療保障計劃(CMSP)	<input type="checkbox"/> 麻州保健(MassHealth)	<input type="checkbox"/> 中心保健(CenterCare)
<input type="checkbox"/> 過渡援助(Transitional Assistance)	<input type="checkbox"/> 健康的開始(Healthy Start)	<input type="checkbox"/> EAEDC
<input type="checkbox"/> 其他 _____	<input type="checkbox"/> 波士頓保健網(Boston HealthNet)或劍橋保健網 (Cambridge NetworkHealth)	
7. 你目前是否在另一家醫院或社區保健中心獲准使用「免費醫療」？		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

如果是：何處？

自由作答問題

本問題純為資料搜集和分析而設，並不會用來決定「免費醫療」的資格。

種族

<input type="checkbox"/> 印第安人或阿拉斯加原居民	<input type="checkbox"/> 亞洲或太平洋群島人	<input type="checkbox"/> 白人，但非西班牙裔
<input type="checkbox"/> 黑人，但非西班牙裔	<input type="checkbox"/> 西班牙裔	<input type="checkbox"/> 其他 _____

授權書

請小心閱讀本項的資料及在下面簽名：

我授權我的僱主及醫療保險公司向本醫院或社區保健中心提供關於我收入、醫療保險費、合保（coinsurance）、合付費、扣除額及受保項目的資料。

如果我因意外或其他事件而申請「免費醫療」，並因該意外或事件而從任何來源（例如工人補償金或保險公司）收到金錢，我將會償還本醫院或社區保健中心從「免費醫療基金」中為任何關於我的醫療服務而支出的費用；我授權本醫院或社區保健中心向保險公司收取有關的醫療服務費。在我有資格接受「免費醫療」期間，我答應通知本醫院或社區保健中心任何關於我家庭狀況的更改（包括家人數目、收入和醫療保險範圍），因它們可能改變我接受「免費醫療」的資格。

根據我最佳的理解，我在本申請表內填上的資料均屬真實。在被有關方面要求時，我同意提供有關的書面證明。我授權本醫院或社區保健中心向「醫療服務財務及政策局」（Division of Health Care Finance and Policy）或其委任人呈交為確定我接受「免費醫療」資格及管理「免費醫療基金」而需要的資料。**我明白本醫院或社區保健中心除上述情況外，不能向任何州政府或聯邦機構發放保密的資料（例如本申請表內的資料），除非該行動事先得我准許。**

申請人簽名

日期

如果替申請人簽名：我證明根據我最佳的理解，本申請表內填上的資料均屬真實。

合法代表簽名

日期

請用本頁來填寫額外的資料

免費醫療 (Free Care) 簡化申請表

如果你需要幫助來填寫本申請表，請聯絡：

申請人資料

姓 名

社會保障卡 (SSN) 或交稅 (TIN) 號碼 (如果有的話)

住址：門牌號碼及街名

電話號碼

市鎮 州 郵區號碼

住家 ()

出生日期 你是否無家可歸？

工作 ()

是 否

郵遞地址 (如果與住址不同)

如果你是替別人申請，請填妥下面聯絡人資料

姓 名

與申請人關係：

住址：門牌號碼及街名

電話號碼

市鎮 州 郵區號碼

住家 ()

工作 ()

郵遞地址 (如果與住址不同)

授權書

請小心閱讀本項的資料及在下面簽名：

我授權我的僱主及醫療保險公司向本醫院或社區保健中心提供關於我收入、醫療保險費、合保 (coinsurance)、合付費、扣除額及受保項目的資料。

如果我因意外或其他事件而申請「免費醫療」，並因該意外或事件而從任何來源（例如工人補償金或保險公司）收到金錢，我將會償還本醫院或社區保健中心從「免費醫療金」中為任何關於我的醫療服務而支出的費用；我授權本醫院或社區保健中心向保險公司收取有關的醫療服務費。

在我有資格接受「免費醫療」期間，我答應通知本醫院或社區保健中心任何關於我家庭狀況的更改（包括家人數目、收入和醫療保險範圍），因它們可能改變我接受「免費醫療」的資格。

根據我最佳的理解，我在本申請表內填上的資料均屬真實。在被有關方面要求時，我同意提供有關的書面證明。我授權本醫院或社區保健中心向「醫療服務財務及政策局」（Division of Health Care Finance and Policy）或其委任人呈交為確定我接受「免費醫療」資格及管理「免費醫療基金」而需要的資料。**我明白本醫院或社區保健中心除上述情況外，不能向任何州政府或聯邦機構發放保密的資料（例如本申請表內的資料），除非該行動事先得我准許。**

申請人簽名

日期

如果替申請人簽名：我證明根據我最佳的理解，本申請表內填上的資料均屬真實。

合法代表簽名

日期

免費醫療 (Free Care) 申請表 - 醫療經濟困難援助附件

如果你需要幫助來填寫本申請表，請聯絡：

本附件將被用來決定你是否有資格接受「免費醫療」之下的「醫療經濟困難援助」項目；如果要獲得這個資格，你必須已經申請了「免費醫療」，並呈交了資料顯示你的醫療費用過高，以致你不能支付醫療賬單。醫院將使用本附件內的資料來決定你是否合資格接受「醫療經濟困難援助」。

請填妥本附件中的所有項目，如果你是替別人申請，請採用申請人資料回答所有問題；如果某項目或某問題對你或任何家人不適用，請填寫“不適用”(N/A)；如果你需要更多書寫空間，請加附頁。在表格一中，請列出你付給所有醫療供應者的一切支出；可獲批准的醫療賬單包括：

- 在你申請「免費醫療」之前或之後由你負責的未付賬單；
- 及在申請「免費醫療」申請表之後的已付賬單。

在表格二中，除了你的基本住家 (primary residence) 和一部汽車外，請列出你所有的資產；你與其他人共同擁有的資產也應全部列出。

申請人資料

姓 名

社會保障卡 (SSN) 或交稅 (TIN) 號碼 (如果有的話)

住址：門牌號碼及街名

電話號碼

市鎮 州 郵區號碼

住家 ()

出生日期 你是否無家可歸？

工作 ()

是 否

郵遞地址 (如果與住址不同)

表格一：醫療支出

醫療支出	費用	多久支付一次？
醫療保險費		每週， 每月， 每年
可獲批准的醫療賬單		每週， 每月， 每年
聯邦醫療照顧(Medicare)費 A 部		每週， 每月， 每年
聯邦醫療照顧(Medicare)費 B 部		每週， 每月， 每年

表格二：資產資料

請不要包括你的基本住家及一部汽車。

資產	擁有人 (一位或多位)	銀行或 貸款人名稱	帳號	現金值
現金 (cash)				
儲蓄 (saving) 帳戶				
支票 (checking) 帳戶				
定期存款 (term) 帳戶				
信託 (trust) 帳戶				
信用社(credit union)帳戶				
人壽保險 (life insurance)				
房地產 (real estate)				
個人退休金 (IRA) 帳戶				
Keough 計劃				
養老金 (pension funds)				
年金 (annuities)				
船艇 (boat)				
流動房屋 (motor home)				
其他汽車 (other vehicles)				
股票 (stocks)				
債券 (bonds)				
期貨合約 (futures contracts)				
貨幣市場 (money market) 帳戶				
共同基金 (mutual funds)				
期票 (promissory notes)				
其他 (other)				

簽名

請小心閱讀本項的資料及在下面簽名：

根據我最佳的理解，我在本申請表內填上的資料均屬真實。在被有關方面要求時，我同意提供有關的書面證明。我授權本醫院或社區保健中心向「醫療服務財務及政策局」（Division of Health Care Finance and Policy）或其委任人呈交為確定我接受「免費醫療」資格及管理「免費醫療基金」而需要的資料。**我明白本醫院或社區保健中心除上述情況外，不能向任何州政府或聯邦機構發放保密的資料（例如本申請表內的資料），除非該行動事先得我准許。**

申請人簽名

日期

如果替申請人簽名：我證明根據我最佳的理解，本申請表內填上的資料均屬真實。

合法代表簽名

日期

免費醫療 (Free Care) 申請表—家庭附件

申請人資料

姓 名

社會保障卡 (SSN) 或交稅 (TIN) 號碼 (如果有的話)

住址：門牌號碼及街名

電話號碼

市鎮 州 郵區號碼

住家 ()

工作 ()

郵遞地址 (如果與住址不同)

出生日期 你是否無家可歸？

是 否

家人資料 (此家人曾在其「免費醫療」申請表中提到上述申請人的個人及收入資料) :

姓 名

社會保障卡(SSN)或交稅(TIN)號碼(如有)

出生日期:

如果你是替別人申請，請填妥下面聯絡人資料：

姓 名

與申請人關係：

其他保險

如果你已經有醫療保險，你仍然可能有資格獲得「免費醫療」來支付合付費 (*copayments*) 或扣除額 (*deductibles*) 。

1. 你是否已經有其他醫療保險，包括外國的醫療保險和醫療照顧(Medicare) ?

是 否

如果有，請提供下列資料：

保單持有人

保險公司

保單號碼

保單持有人

保險公司

保單號碼

2. 你是否因為工作引起的意外或受傷而申請「免費醫療」?

是 否

3. 你是否因為交通意外而申請「免費醫療」?

是 否

4. 關於目前的疾病或受傷，你是否正在進行法律訴訟或其他保險索償?

是 否

5. 你是否一位大學生? 是 否

如果是：全時間唸? 部份時間唸?

6. 你正在申請以下任何援助計劃嗎?(圈選所有適用項)

是 否

兒童醫療保障計劃(CMSP) 麻州保健(MassHealth) 中心保健(CenterCare)

過渡援助(Transitional Assistance) 健康的開始(Healthy Start) EAEDC

其他 _____ 波士頓保健網(Boston HealthNet)或劍橋保健網
(Cambridge NetworkHealth)

7. 你或原申請人目前是否在另一家醫院或社區保健中心獲准使用「免費醫療」?

是 否

如果是：何處？

自由作答問題

本問題純為資料搜集和分析而設，並不會用來決定「免費醫療」的資格。

種族

印第安人或阿拉斯加原居民

亞洲或太平洋群島人

白人，但非西班牙裔

黑人，但非西班牙裔

西班牙裔

其他 _____

授權書

請小心閱讀本項的資料及在下面簽名：

我授權我的僱主及醫療保險公司向本醫院或社區保健中心提供關於我收入、醫療保險費、合保
(coinsurance)、合付費、扣除額及受保項目的資料。

如果我因意外或其他事件而申請「免費醫療」，並因該意外或事件而從任何來源（例如工人補償金或保險公司）收到金錢，我將會償還本醫院或社區保健中心從「免費醫療金」中為任何關於我的醫療服務而支出的費用；我授權本醫院或社區保健中心向保險公司收取有關的醫療服務費。

在我有資格接受「免費醫療」期間，我答應通知本醫院或社區保健中心任何關於我家庭狀況的更改（包括家人數目、收入和醫療保險範圍），因它們可能改變我接受「免費醫療」的資格。

根據我最佳的理解，我在本申請表內填上的資料均屬真實。在被有關方面要求時，我同意提供有關的書面證明。我授權本醫院或社區保健中心向「醫療服務財務及政策局」（Division of Health Care Finance and Policy）或其委任人呈交為確定我接受「免費醫療」資格及管理「免費醫療基金」而需要的資料。**我明白本醫院或社區保健中心除上述情況外，不能向任何州政府或聯邦機構發放保密的資料（例如本申請表內的資料），除非該行動事先得我准許。**

申請人簽名

日期

如果代替申請人簽名：我證明根據我最佳的理解，本申請表內填上的資料均屬真實。

合法代表簽名

日期

DHCFP-FC4 rev. 10/99
1

Application For Free Care/Chinese

DPH/ORIH/Translator Pool/ rev. 10/99